

Les troubles somatoformes : de la nécessité d'une prise en charge médicale adaptée

Somatization disorders: the need for appropriate care and follow-up

Demondion B (*), Huguet A (**), Patrouillault C (***)

Résumé

Ce travail avait pour premier objectif (TS) de déterminer la part des troubles somatoformes au sein d'un groupe d'assurés sociaux du régime général d'assurance maladie de la Vienne dont la consommation et le « nomadisme » médicaux étaient importants (14 % des remboursements pour 3,6 % des consommateurs), puis d'évaluer la qualité de la prise en charge des patients atteints de ces troubles, de rechercher les raisons d'éventuelles insuffisances dans leur prise en charge et de proposer des actions pour améliorer l'efficacité des soins.

41 % des sujets de ce groupe à forte consommation médicale présentaient un TS responsable de leur consommation de soins. Les données cliniques et anamnestiques recueillies coïncident avec les caractéristiques rapportées dans la littérature sur ces troubles du comportement très fréquents. Les TS seraient à l'origine de 5 à 8 % des honoraires médicaux remboursés par la caisse d'assurance maladie de la Vienne.

L'étude conclut que le diagnostic de TS aurait souvent échappé aux médecins ; qu'une prise en charge adaptée est restée l'exception et qu'il existait très souvent un retentissement familial et professionnel considérable.

Les auteurs retiennent trois raisons principales à ce manque d'efficacité : le nomadisme médical caractéristique de cette population, l'absence de coordination des soins, l'insuffisance de formation des médecins à l'écoute et à l'aide psychologique de ces patients.

Rev Med Ass Maladie 2000;1:7-13

Mots clés : troubles somatoformes ; nomadisme ; consommation médicale ; formation médicale ; somatisation.

Summary

The aim of this study was to determine the role played by the somatization disorders (SD) in a group of patients affiliated with French Social Security in the Vienne who manifested higher than average overall consumption of medical resources and who frequently consulted a number of different physicians at the same time (representing 3.6% of the patient population and receiving 14% of all the reimbursements for care) and also to evaluate the quality of care received by patients afflicted with this disorder, to find an explanation for the insufficient care they received and finally, to propose solutions for improving future care. 41% patients in this category of high consumers of medical resources presented a SD, responsible for their high rate of medical consumption. The histories and clinical presentations coincided with the description of this very frequent disease found in the medical literature. Somatization disorder is probably responsible for 5 to 8 % of all consultation fees reimbursed by Social Security in the French department of the Vienne.

The study concluded that the diagnosis of SD frequently went undiagnosed by family physicians, that appropriate treatment was uncommon and that the resulting familial and professional difficulties were of considerable importance. The authors suggest three main reasons for explaining this lack of efficacy : the number of different physicians involved in the care of these patients, the absence of care coordination, and the lack of appropriate training for effectively listening to and offering appropriate psychological support to these patients.

Rev Med Ass Maladie 2000;1:7-13

Key words : somatization disorders; medical nomadism; consumption of medical resources; continuing medical education; somatization.

(*) Médecin-conseil chef de service, Échelon local du service médical (CNAMTS), 41, rue du Touffenet BP 497, 86012 Poitiers cedex (pour correspondance).

(**) Directeur, Caisse primaire d'assurance maladie de la Vienne.

(***) Statisticienne, Caisse primaire d'assurance maladie de la Vienne.

INTRODUCTION

La Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) [1] a réalisé en 1995 une typologie des consommateurs du régime général. Il y apparaît une classe particulière regroupant 3,6 % des consommateurs pour 14,1 % des dépenses. Ce groupe se caractérise par un grand nombre de médecins consultés et un faible taux d'exonération pour affections de longue durée (ALD) [2].

Dans le cadre du programme régional de l'Union régionale des caisses d'assurance maladie (URCAM) de Poitou-Charentes, un groupe de travail (auquel participaient aussi des médecins libéraux au titre de l'Union régionale des médecins libéraux) a recherché les motifs médicaux de telles consommations sur un échantillon de patients assurés à la CPAM de la Vienne.

Un pré-test auprès de vingt patients a permis de centrer l'analyse sur le domaine des troubles somatoformes.

Selon la classification internationale des maladies de l'Organisation mondiale de la santé [3], les **troubles somatoformes** ont pour caractéristique essentielle l'apparition de symptômes physiques associés à une quête médicale insistante, persistant en dépit de bilans négatifs répétés et de déclarations faites par les médecins selon lesquelles les symptômes n'ont aucune base organique. D'autre part, s'il existe un trouble physique authentique, ce dernier ne permet pas de rendre compte ni de la nature ou de la gravité des symptômes, ni de la détresse ou des préoccupations du sujet.

Au sein de ce groupe des troubles somatoformes, on peut distinguer :

- **la somatisation** associant :
 - des antécédents de plaintes somatiques multiples et variables pendant au moins deux ans ne pouvant être expliquées par un trouble somatique identifiable,
 - un refus persistant d'accepter les conclusions et les propos rassurants des médecins, confirmant l'absence de toute cause organique pouvant rendre compte des symptômes,
 - des symptômes s'accompagnant d'une perturbation du comportement et conduisant à une altération du fonctionnement social et familial ;
- **le trouble somatoforme indifférencié** caractérisé par des plaintes somatiques multiples, variables dans le temps et persistantes, non expliquées par une cause organique mais ne répondant pas au tableau clinique complet et typique d'une somatisation ;
- **les autres troubles somatoformes** où les plaintes concernent des manifestations qui ne sont pas médiées par le système neurovégétatif et qui se rap-

portent à des systèmes ou à des parties du corps spécifiques ; ils se différencient ainsi de la somatisation et du trouble somatoforme indifférencié, dans lesquels l'origine des symptômes et des sentiments de détresse est attribuée à des systèmes ou parties du corps multiples et variables. Il n'existe pas d'atteinte lésionnelle.

La présente étude a cherché à :

- déterminer si les troubles somatoformes représentaient une cause importante de la forte consommation de soins du groupe identifié par l'étude de la CNAMTS en dénombrant les patients répondant à la classification « *troubles somatoformes* » (somatisation, troubles somatoformes et autres troubles somatoformes indifférenciés) [3, 4] et en quantifiant la part des soins directement en rapport avec ces troubles ;
- évaluer la qualité de prise en charge des patients présentant ce syndrome :
 - le diagnostic a-t-il été réalisé ?,
 - une prise en charge spécifique conforme aux données scientifiques a-t-elle été proposée et mise en place ? [5, 6, 7],
 - retrouve-t-on dans l'anamnèse d'éventuels faits médicaux ou sociaux qui ont pu générer l'apparition des troubles somatoformes et sur lesquels une action médicale aurait pu contribuer à la prévention de ces troubles ? ;
- rechercher des raisons d'éventuelles insuffisances dans la prise en charge de ce syndrome et proposer des actions d'amélioration.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

1. Population étudiée

Par sélection aléatoire de dix clés de numéros d'immatriculation, un échantillon a été constitué représentant 10 % de la population de consommateurs d'actes médicaux en ambulatoire pour le risque maladie de la CPAM de la Vienne (soit 23 000 affiliés).

Pour chacun des consommateurs de ce premier échantillon ont été calculés les indicateurs de nomadisme médical et le nombre d'actes médicaux au cours de l'année 1998 :

- l'indicateur de nomadisme généralistes s'exprime comme le nombre de généralistes consultés moins 1 (lorsqu'un affilié n'a vu qu'un médecin, le nomadisme est nul) ;
- l'indicateur de nomadisme spécialistes s'exprime comme la différence entre le nombre de spécialistes consultés et le nombre de spécialités consultées ;
- enfin, le nombre d'actes médicaux est la somme des actes cotés avec les lettres-clés C, CS, VS, V, K, CNP, VNP, CSC, KC, KCC, Z et FTN.

Les assurés étaient réputés « nomades » dans leur consommation de soins lorsqu'une des trois conditions suivantes était remplie :

- l'indicateur de nomadisme généralistes est supérieur à 1 et le nombre d'actes médicaux en ambulatoire ≥ 10 ;
- l'indicateur de nomadisme spécialistes est supérieur à 1 et le nombre d'actes médicaux en ambulatoire ≥ 10 ;
- les indicateurs de nomadisme spécialistes et généralistes sont tous les 2 supérieurs à 1 et le nombre d'actes médicaux en ambulatoire ≥ 10 .

Tous les sujets âgés de moins de 18 ans ou de plus de 70 ans ont été exclus de l'étude (pour des raisons liées aux difficultés pour se rendre au cabinet du médecin-conseil).

Après application de ces critères d'inclusion et d'exclusion, l'échantillon résultant est de 2 780 personnes.

Un tirage au sort dans ce second échantillon sélectionne 100 patients qui sont directement et individuellement invités à une consultation auprès du médecin-conseil.

L'étude porte sur les seuls patients qui ont pu se rendre à cette consultation, répondre à l'interrogatoire et être examinés par le médecin-conseil ($n = 88$).

2. Recueil des données

L'étude a été réalisée en octobre et novembre 1998 ; les patients ont été examinés par 10 médecins-conseils.

Cet examen avait pour but :

- de déterminer si le patient présentait une des trois entités suivantes déterminées par la CIM 10 (somatisation - troubles somatoformes indifférenciés - autres troubles somatoformes) ;
- de relever les affections dont le diagnostic avait été posé et de repérer les examens complémentaires et spécialisés ainsi que leurs résultats, réalisés soit dans la période récente (à partir d'un relevé des prestations des 12 derniers mois), soit dans les antécédents (à partir de l'interrogatoire) ;
- de repérer la part des actes médicaux imputables au diagnostic de troubles somatoformes lorsqu'il était établi, de déterminer si ce diagnostic de troubles somatoformes avait été formulé par un des médecins consultés et de préciser si une prise en charge spécifique avait été proposée ou mise en place ;
- de rechercher dans l'anamnèse l'existence d'événements de la vie sentimentale, familiale, professionnelle ou sociale ou d'événements médicaux personnels en les situant par rapport à la survenue des troubles somatoformes.

Pour cela, les médecins-conseils disposaient d'un questionnaire :

- reprenant tous les symptômes douloureux, gastro-intestinaux, sexuels, génitaux, pseudoneurologiques et généraux, rencontrés dans les troubles somatoformes ;
- relevant toutes les affections médicales dont le diagnostic avait été posé ;
- répertoriant les signes positifs de l'auscultation du discours.

Le questionnaire comportait également des questions relatives aux événements notables de la prise en charge.

Les éléments médicaux recueillis ont été analysés au regard des références diagnostiques de la CIM 10 [3], du DSM IV [4] et des données de la littérature pour ce qui concerne la prise en charge [5, 6, 7].

3. Traitement et analyse des données

Toutes les données médicales et administratives recueillies ont été anonymisées avant exploitation, puis traitées sur logiciel Microsoft® Excel®.

Les intervalles de confiance sont estimés au risque de 0,01.

RÉSULTATS

1. Dénombrement

Sur les 88 personnes entendues et examinées :

- 36 (40,9 %) présentaient des troubles somatoformes tels que définis plus haut (13 avaient des affections associées, et 23 des troubles somatoformes seuls) ;
- 44 (50 %) présentaient des maladies organiques ;
- 8 (9,1 %) présentaient un état dépressif avec des somatisations.

On peut ainsi estimer que le nombre de patients souffrant de troubles somatoformes parmi les assurés sociaux de la CPAM de la Vienne (« nomades » et âgés de 18 à 70 ans) se situe entre 6 000 et 10 000.

2. Exonération pour affection de longue durée (ALD)

Sur les 88 patients de l'échantillon, 18 bénéficiaient d'une prise en charge à 100 % au titre d'une exonération du ticket modérateur pour ALD (articles L. 322-3-3° et D. 322-1 du Code de la sécurité sociale).

Parmi les 36 patients avec des troubles somatoformes, 4 bénéficiaient d'une telle exonération pour rétrécissement mitral, hypertension artérielle (2) et état dépressif.

Les 14 autres patients de l'échantillon exonérés du ticket modérateur pour ALD et qui ne présentaient pas de troubles somatoformes souffraient de sida, de dépression, d'hémochromatose, d'épithélioma cutané, de spondylarthrite ankylosante, d'épilepsie, d'infarctus du myocarde (2), de cancer du sein, d'hypertension artérielle sévère, de diabète, d'insuffisance mitrale, de psychose et de rectocolite hémorragique.

3. Données cliniques et anamnestiques

3.1. Début des troubles

Dans 24 cas sur 36, les premiers symptômes étaient apparus avant 35 ans (moyenne : 28 ans).

3.2. Faits notables ayant précédé l'apparition des troubles somatoformes

Événements de la vie sentimentale, familiale, professionnelle ou sociale :

- maladie grave ou décès d'un proche : 18 patients ;
 - problèmes conjugaux : 5 patients ;
 - difficultés graves dans l'enfance : 5 patients ;
 - difficultés professionnelles : 1 patient ;
- Événement médical personnel :
- épisode dépressif : 20 patients.

3.3. Manifestations cliniques au cours des 12 mois précédents

Tableau I
Nature des symptômes ressentis par les patients avec troubles somatoformes au cours des 12 mois précédant l'examen par le médecin-conseil (n = 36)

	Douloureux*	Gastro intestinaux**	Génito-urinaires et sexuels	Pseudo-neurologiques	Généraux
Symptômes	36	21	9	20	24

* *Autres que gastro intestinaux.*
** *Y compris les douleurs abdominales.*

Tableau II
Répartition des indicateurs moyens de nomadisme* selon l'existence ou non de troubles somatoformes (n = 88)

	Patient avec troubles somatoformes (n = 36)	Patient sans troubles somatoformes (n = 52)
Nombre moyen de spécialités consultées y compris les généralistes	4,25	4,15
Indicateur de nomadisme* généralistes	1,47	0,85
Indicateur de nomadisme* spécialistes	0,25	0,35
Indicateur de nomadisme [généralistes + spécialistes]	1,7	1,2

* Voir définition de l'indicateur de nomadisme au chapitre « Matériel et méthodes ».

Tableau III
Montant moyen (en francs) des honoraires médicaux avancés par les assurés et remboursés par l'Assurance maladie (sur 12 mois) selon l'existence ou non de troubles somatoformes, avec comparaison à l'ensemble des assurés sociaux de la CPAM de la Vienne

	Patients avec troubles somatoformes (n = 36)	Patients sans troubles somatoformes (n = 52)	Ensemble des assurés sociaux CPAM hors SLM* (n = 235 761)
Honoraires médicaux payés par l'assuré	3 627	4 145	1 289
Honoraires médicaux remboursés / an	2 613	3 323	1 077

* *Sections locales mutualistes.*

Les symptômes rencontrés sont avant tout, algiques et gastro-intestinaux. Ils sont le plus souvent multiples :

- 2 personnes avec 1 seul symptôme ;
- 11 personnes avec 2 symptômes associés ;
- 10 personnes avec 3 symptômes associés ;
- 9 personnes avec 4 symptômes associés ;
- 4 personnes avec 5 symptômes associés.

3.4. Retentissement familial et social

Une altération du fonctionnement familial est survenue chez 12 des 36 patients et 14 ont présenté une altération du fonctionnement professionnel. 21 avaient eu un retentissement professionnel et/ou familial.

3.5. Diagnostic et prise en charge médicale

Parmi les 36 personnes présentant des troubles somatoformes, 12 ont indiqué que l'origine psychosomatique avait été évoquée par un des médecins consultés ; 8 d'entre eux avaient accepté cette hypothèse, mais un seul suivait un traitement spécifique.

4. Analyse des consommations médicales

4.1. « Nomadisme »

Les patients avec des troubles somatoformes consultaient un nombre important de spécialités et

leur nomadisme concerne essentiellement les médecins généralistes.

4.2. Honoraires médicaux

Chez les patients présentant des troubles somatoformes, les honoraires moyens payés étaient près de 3 fois plus élevés que dans l'ensemble de la population des assurés sociaux de la CPAM.

Sur la base de l'estimation calculée plus haut du nombre de patients souffrant de troubles somatoformes parmi un groupe d'assurés sociaux de la CPAM de la Vienne, les honoraires médicaux en rapport avec cette affection sur ce seul groupe peuvent être évalués à un montant de 20 MF en 1998 (soit 5 à 8 % des honoraires médicaux remboursés à l'ensemble des assurés sociaux de cette CPAM en 1998).

5. Nature et motif des actes médicaux

(Voir tableau IV).

Excepté pour les actes de chirurgie, la plupart des actes et des montants remboursés étaient en rapport avec les troubles somatoformes.

DISCUSSION

1. Limites de l'étude

L'étude porte sur une population d'assurés sociaux du régime général d'assurance maladie de la

Tableau IV
Relevé des actes médicaux (et de leurs coûts) dispensés aux patients avec troubles somatoformes ($n = 36$) selon que les soins sont en rapport ou non avec

	Soins remboursés aux patients avec troubles somatoformes ($n = 36$)				Total des montants remboursés
	liés aux troubles somatoformes		sans relation avec les troubles somatoformes		
	Montants remboursés	(%)	Montants remboursés	(%)	
C	27 783	90	3 247	10	31 031
V	9 938	80	2 485	20	12 423
CS	6 090	62	3 748	38	9 838
CSC	544	100	0	0	544
CNP	315	45	382	55	697
K	8 880	73	3 248	27	12 128
KE	970	58	705	42	1 675
KC	479	7	5 966	93	6 445
Z	9 065	61	5 769	39	14 834
FNT	4 450	100	0	0	4 450
Total	68 516	73	25 553	27	94 070

Vienne, ce qui n'autorise pas une extrapolation à l'ensemble de la population. Cependant, les assurés sociaux de la CPAM de la Vienne représentent 76 % de la population générale du département. Les estimations proposées sont à considérer au regard de la taille de l'échantillon.

2. Prévalence des troubles somatoformes

La présente analyse permet de conclure à la forte prévalence des troubles somatoformes (41 % ± 10) dans la population « nomade » du régime général âgée de 18 à 70 ans, alors même que les critères et le volume d'actes retenus pour la qualification de nomade sont minimaux.

Les troubles somatoformes sont très fréquents puisqu'ils représenteraient 5 à 10 % des consultations des généralistes [6] et auraient une prévalence de 1 à 2 % dans la population générale [8].

3. Des honoraires médicaux élevés

Ainsi, tout en limitant l'estimation à la seule population « nomade », âgée de 18 à 70 ans, la charge économique supportée par l'assurance maladie au titre des seuls honoraires médicaux motivés par les troubles somatoformes est importante (5 à 8 % du total des honoraires médicaux remboursés).

La consommation unitaire d'actes médicaux de ces patients approche le triple de celle de la population générale, et égale la consommation moyenne de patients atteints de pathologies lourdes (14 ALD dont un cas de sida pour les 52 autres patients de l'échantillon).

Cette importante consommation d'actes médicaux s'inscrit dans les nombreuses données de la littérature [5, 6, 8, 9] et dans la définition même des troubles somatoformes (CIM 10).

4. Une prise en charge médicale inadaptée

Les éléments relatifs à la nature de la prise en charge médicale sont recueillis auprès de malades dont on sait qu'ils s'opposent habituellement à toute hypothèse impliquant une origine psychique.

Le tiers seulement (12/36) des patients a indiqué qu'une origine psychologique à leurs symptômes avait été évoquée par des médecins consultés. Cette proportion doit être considérée avec prudence compte tenu de l'attitude de déni propre à ces patients [3, 4, 6].

Il est cependant remarquable que dans 1 cas seulement, une prise en charge spécifique a été entreprise.

Nos constats sont concordants avec les données de la littérature [5, 6, 7, 9, 10, 11] qui relèvent que le trouble somatoforme est rarement diagnostiqué en

tant que tel, et qui soulignent les difficultés du diagnostic positif du trouble somatoforme [3, 12]. Ce diagnostic demande une stratégie particulière, souvent non enseignée à la faculté ; la formation initiale des médecins est en effet profondément ancrée sur des conceptions physiopathologiques et biologiques [3, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18].

Ranty [5] l'exprime ainsi : « *Le plus souvent, le médecin évoque devant son patient une pathogénie physique, d'autant que la multiplication des examens complexes a permis de trouver une anomalie minime qui va fixer le patient dans sa maladie. Parfois le médecin répond : c'est nerveux, mais il se désintéresse alors du malade non organique et ne termine pas par la prescription d'une thérapeutique adaptée.* »

Ainsi chaque symptôme est exploré pour son propre compte et en raison, pour partie, du nomadisme, la synthèse de l'anamnèse, pivot du diagnostic, n'est pas réalisée [9, 15, 16].

De même, cette analyse confirme la diversité des symptômes présentés et la gravité du retentissement sur la vie familiale et professionnelle des patients.

Cette analyse amène à conclure à l'importance de l'enjeu médical et économique d'une action sur la prise en charge du trouble somatoforme.

Tout le monde y a intérêt : tout d'abord, le patient et son entourage, ensuite le médecin qui ne sait plus que faire de ce malade insistant, insatisfait et infidèle, et enfin le gestionnaire de l'assurance maladie. En effet, Smith *et al.* [8] ont démontré que les patients qui avaient bénéficié d'une seule consultation psychiatrique avec lettre de conseil au médecin traitant, bénéficiaient d'une amélioration de leur qualité de vie avec une réduction des soins médicaux (diminution de 53 % des dépenses par rapport au groupe témoin).

5. Suggestions visant à de meilleurs soins

Deux domaines d'intervention sont identifiés : la formation des médecins (5.1.) et la coordination des soins (5.2.).

5.1. Une formation adaptée des médecins

Le thème du diagnostic et du traitement des troubles somatoformes, en raison de l'impact médical, social et économique de cette affection, devrait être inscrit comme une priorité dans les programmes de formation médicale continue (FMC), qu'ils soient nationaux, régionaux ou locaux, conventionnels ou non.

En Poitou-Charentes, l'URCAM et l'Union régionale des médecins libéraux travaillent en ce sens (sensibilisation, cahier des charges et promotion d'actions de FMC).

Il est nécessaire que l'enseignement initial dispensé dans les facultés de médecine tienne compte de la place des troubles psychosomatiques dans la

pratique courante, et donne au futur médecin les moyens d'en faire rapidement le diagnostic positif et de les prendre en charge. Ranty [5], là aussi, insiste sur l'importance d'un diagnostic rapide afin d'éviter l'impasse thérapeutique.

5.2. Une véritable coordination des soins

La synthèse de l'anamnèse est un élément primordial du diagnostic des troubles somatoformes [9, 15, 16].

Si le dossier est bien la propriété du malade, il semble ici hautement souhaitable que l'ensemble des données médicales et anamnestiques soit communiqué à un médecin traitant.

Plusieurs dispositifs (carnet de santé, options « continuité des soins ») permettront sans doute d'aider à un meilleur suivi de ces patients, mais quel que soit le cadre d'organisation, c'est avant tout la qualité de la formation médicale qui permettra au médecin d'apporter une réponse satisfaisante au patient avant qu'il entreprenne son parcours « nomade ».

La communication entre le médecin traitant et le médecin qui pratique des actes spécialisés doit aussi être profondément revue. Il revient au médecin traitant – qui connaît le patient – de remettre, commenter et expliquer les résultats. Un résultat incertain sur un compte rendu remis directement au patient risque de le fixer dans sa maladie.

Dans le département de la Vienne, une action de sensibilisation de l'ensemble des médecins a été menée sur ce point par les instances conventionnelles (comité médical paritaire local) et un projet de recommandation est en cours d'élaboration avec les radiologues libéraux.

Mais, là encore, la communication entre professionnels de santé devrait être reconnue comme une entité et faire l'objet d'un enseignement spécifique au cours de la formation universitaire initiale des médecins.

De même, des recommandations de bonne pratique sur ce sujet (*Agence nationale de l'accréditation et de l'évaluation en santé*) seraient sans doute accueillies très favorablement par la profession et auraient certainement un fort effet structurant sur l'organisation des soins.

Les auteurs remercient Monsieur le Docteur Jean-Louis Senon, professeur des universités, praticien hospitalier de psychiatrie et de psychologie médicale pour son aide efficace dans l'analyse et la recherche bibliographique, ainsi que l'ensemble des acteurs – et tout particulièrement les Docteurs Liaud et Berrard de l'Union régionale des médecins libéraux de Poitou-Charentes – qui ont prêté leur concours à la réalisation de ce travail.

RÉFÉRENCES

1. Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. Typologie des consommateurs de soins ambulatoires dans le secteur libéral en 1995. CNAMTS Bloc-notes statistiques, Paris, 1996, n° 80.
2. Stael P. Une enquête de la CNAM : La typologie des consommateurs de soins ambulatoires dans le secteur libéral en 1995. *La Lettre de la psychiatrie française* 1997;68:7-8.
3. Organisation mondiale de la santé. Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM-10). Dixième révision. OMS : Genève, 1993, Volume 1.
4. Guelfi D. Mini DSM-IV. Critères diagnostiques. Paris : Masson, 1996:219-26.
5. Ranty Y. Les somatisations. Paris : L'Harmattan, 1994.
6. Kaplan HI, Sadock BJ. Troubles somatoformes. *Synopsis de psychiatrie*. Paris : Pradel, 1998:792-800.
7. Senon JL, Sechter D, Richard D. *Thérapeutique psychiatrique*, Paris : Hermann, 1995.
8. Smith GR, Monson RA, Ray DC. Psychiatric consultation in somatization disorder : a randomized controlled study. *N Engl J Med* 1986; 314:1407-13.
9. Valin M. Très chers gris-gris. *La Revue Prescrire* 1998;18, 181:149-50.
10. Luban-Plozza B. La psychosomatique et l'approche Balint. *Méd Hyg* 1996;54;2122:1288-90.
11. Delahousse J. La pratique Balint face aux clivages de la médecine actuelle. *Rev Med Psychosom* 1990;31;21-22:173-8.
12. Weber P. Le généraliste dans tous ses états. *La Revue Prescrire* 1999;19,194:315-7.
13. Hoerni B. Quelle vérité dire à un patient atteint de cancer ? *Rev Prat (Paris)* 1999;49,1:5-6.
14. Antoniotti P, Gilardeau C. Lombo-radicalgies : signes cliniques de non-organicité. *Concours Med* 1999;121,16:717-20.
15. Maillard C. Traitement de la dépression. Résultats de l'enquête SOFRES-PRID. *Concours Med* 1999;121,13:976.
16. Marie-Cardine M. Entre espoirs et déception ? *Rev Prat (Paris)* 1999;43,7:697-9.
17. Ferreri M, Morand P, Elatki S, Nuss P. Troubles dysthymiques. *Rev Prat (Paris)* 1999;43,7:717-22.
18. Marie-Cardine M., Chambon O., *Psychothérapies de la dépression*, *Rev Prat (Paris)* 1999;43,7:739-42.